

# Onko terveyserojen kaventaminen mahdollista?

MARITA SIHTO

Terveyden taso on Suomessa parantunut huomattavasti viime vuosikymmeninä. Terveys sen sijaan ei ole jakautunut tasaisesti. 1990-luvun keskivaiheilla ylempiin toimihenkilöihin kuuluvan 35-vuotiaan miehen jäljellä oleva eliniänodote oli kuusi vuotta korkeampi kuin samanikäisen työntekijän (Valkonen & Martelin 1999). Myös sairastavuuden sosioekonomiset erot ovat suuret. Terveys koetaan sitä paremmaksi, mitä parempi on koulutustaso (Rahkonen & al. 2000). Länsi-Euroopan maita vertailevan tutkimuksen mukaan Suomessa ammattiryhmien väliset erot kuolleisuudella mitattuna olivat suuret (Mackenbach & al. 1997).

Suomessa on hyvä tietopohja terveyserojen kehityksestä ja laajuudesta. Tutkimuskiinnostus ei sen sijaan ole suuntautunut terveystaloudellisen (policy) toiminnan merkitykseen terveyserojen vähentämisessä, vaan erojen kuvaamiseen ja dokumentointiin (ks. Forssas & al. 1999; Manderbacka & al. 2000). On myös vaikeaa nimetä yksittäistä tieteenalaa, jonka avulla pystyttäisiin selittämään terveyserojen syitä ja esittämään keinoja niiden kaventamiseksi (Carslile 2001). Hilary Graham (2002) onkin toivonut monitieteisyyttä sosiaaliepideemiologisen tutkimuksen täydennykseksi erityisesti terveyserojen selittämisessä.

Jos terveyserojen katsotaan olevan yhteiskunnallinen ongelma, niihin tulisi sekä tutkimuksen että terveys- ja yhteiskuntapolitiikan keinoin pyrkiä vaikuttamaan. Suomessa terveyserojen kaventamiseen on terveystaloudellisesti jo pitkään kiinnitetty huomiota. Tästä huolimatta erot ovat kasvaneet edelleen 2000-luvulle tultaessa (Valkonen & al. 2003).

Pohdin seuraavassa, miksi terveyseroja ei Suomessa ole onnistuttu kaventamaan huolimatta siitä, että tavoitetta on pidetty ja pidetään edelleen terveystaloudellisesti keskeisenä. Tarkastelen aluksi, miten vähentämistavoitteet ja -keinot on terveystaloudellisissa ohjelmissa muotoiltu. Sitten käyn keskustelua siitä, mihin huomiota tulisi kiinnittää, jos terveyseroja halutaan nykyistä pontevammin kaventaa.

## Terveyserojen kaventamisyrittämiä suomalaisessa terveystaloudellisesti

Suomalaisessa terveystaloudellisesti on tavoitteena ollut jo pitkään terveyden tason kohottamisen lisäksi terveyden tasaisen jakautumisen periaate (ks. esim. Yhteiskuntapolitiikan ..., 1972). Kaikissa terveystaloudellisissa ohjelmissa on 1980-luvulta lähtien asetettu tavoite vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Vuoden 1986 Terveystaloudellisesti kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa esitettiin ensimmäistä kertaa tietoja aikuisväestön kokonaiskuolleisuuden sosiaaliryhmittäisistä eroista vuosina 1971–1975. Ohjelman konkreettiset toimenpide-ehdotukset koskivat mahdollisuutta käyttää terveyspalveluita riippumatta taloudellisesta asemasta sekä terveyskasvatuksen tehostamista ja suuntaamista ”riskialttiimmille väestöryhmille”. (STM 1986.) Vuoden 1993 ohjelmassa (STM 1993) varsinaiset toimenpide-ehdotukset liittyivät perusterveydenhuollon vastuuseen väestöstä, jolla ”terveysongelmat ovat suurimmat”, terveyskasvatuksen tehostamiseen niiden väestöryhmien osalta, joilla ”elämäntavoista johtuvat terveysongelmat ovat suurimmat”, sekä asuinalueiden terveydelliseen laatuun, työympäristön laatuun ja työterveyshuoltoon.

---

*Kiitän päätoimittaja Matti Virtasta oivaltavista kommentteista artikkelini luonnosvaiheessa.*

Myös uusimman terveystaloudellisen ohjelman pyrkimyksenä on, että ”eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat” ja että ”tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuoleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä” (STM 2001). Terveystaloudellisen vähentämisen keinoksi ehdotetaan lähinnä terveystaloudellisen toiminnan kehittämistä. Sen mukaan ”terveydenhuoltoa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen tai sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä” (STM 2001).

Uutta tässä tuoreimmassa ohjelmassa on suunnittelutapa, jossa on sitouduttu määrälliseen tavoitteeseen. Tällä erityisesti WHO:laisessa terveystaloudellisuudessa omaksutulla tavalla on otaksuttu voitavan sitouttaa eri toimijat määrätietoiseen terveystaloudellisuuteen ja saada vastuulliset tahot ottamaan asetetut tavoitteet vakavasti (van de Water & van Herten 1996). Kriittisissä arvioissa on kuitenkin esitetty epäilyjä tämän suunnittelutavan menestyksellisyydestä. Frances Baumin ja David Sandersin mukaan (1995) ei ole olemassa näyttöä, että tämä liikkeenjohdollinen suunnittelutapa olisi tehokas tapa terveyden edistämiseksi. On myös korostettu, että määrällisten tavoitteiden asettaminen on järkevää vain silloin, kun on käytettävissä keinoja, joilla tavoite voidaan saavuttaa, ja kun toimeenpanijat myös toimivat tämän mukaan (Leppo 1995).

Juuri keinojen osalta on painotettu, että tavoitteita tulisi asettaa terveyden determinantteihin liittyen eikä korostaa pelkästään ”lääkinnällisiä” toimia (Whitehead & al. 1998). Muista maista saadut kokemukset puhuvat sen puolesta, että tarpeen on myös kehittää mekanismeja ja polkuja, joilla tavoitteiden suuntaan edetään (Exworthy 2003; Exworthy & al. 2003; Diderichsen 2003). Kyse on tällöin toimeenpanon suunnittelusta ja todellisesta panostuksesta käytännön toimiin (vrt. Whitehead & al. 2001) eikä vain retoriikasta ja ohjelmatehtailusta.

### **Miten avata mahdollisuuksia terveyserojen kaventamiseksi?**

Vaikka palvelujärjestelmän toiminnalla voidaan vain rajallisesti vaikuttaa terveyseroihin (Machen-

bach & al. 2002; Evans 2003), terveyshallinto ja terveydenhuolto ovat kuitenkin keskeisiä alan toimijoita. Terveystaloudellisuudessa tulisi huolehtia siitä, että nimenomaan terveydenhuollon ja terveystaloudellisuuden toimet edistävät terveyden oikeudenmukaisuustavoitteen saavuttamista. Vaikka kaikissa ohjelmissa (1986, 1993, 2001) painokkaasti viitataan palvelujen käytön mahdollistamiseen ilman, että taloudelliset tekijät rajoittavat niiden tarkoituksenmukaista käyttöä, kehitys näyttää kulkeneen 1990-luvulla päinvastaiseen suuntaan. Suorien asiakasmaksujen osuus Euroopan unionin jäsenmaista oli Suomessa toiseksi korkein (OECD ..., 2000). Tämä on merkinnyt asiakasmaksujen osuuden huomattavaa lisääntymistä alimmissa tuloryhmissä (Keskimäki ym. 2002), mikä saattaa heikentää pienituloisten hoitoon pääsyä (Niemelä 1999).

Terveydenhuollon osalta olisi huomionarvoista myös ottaa tarkasteluun koko terveydenhuollon kenttä. Tasa-arvoperiaatteen toteutuminen näyttää kangertelevan: alemmat sosiaaliryhmät käyttävät muita enemmän terveyskeskusten avohoitopalveluja ja ei-toimenpiteellisiä sairaalapalveluja, kun taas paremmin koulutetut käyttävät muita enemmän yksityisiä erikoislääkäripalveluja sekä operatiivisia sairaalapalveluja (Häkkinen 2003 viittaus Arinen & al. 1998; Keskimäki 2003). Unto Häkkisen (2003) mukaan käytön erot selittyvät pitkälti Suomen palvelujärjestelmän erityispiirteistä, jotka liittyvät sairausvakuutukseen, yksityissektorin läheteisiin, erikoismaksuluokkaan ja työterveyshuollon palveluihin. Tärkeää olisi myös kiinnittää huomiota mielenterveyspalveluiden laatuun ja tarjonnan vähäisyyteen tarpeeseen nähden (Lehtinen & Taipale 2000; Sohlman & Lehtinen 1997; Sohlman 2002) ja yleensä erikoissairaanhoidon kohdentumiseen tarpeen mukaan (Keskimäki & al. 2002; Hetemaa & al. 2003). Myös vankien tulisi terveyden- ja sairaanhoidon suhteen olla samassa asemassa kuin muu väestö (ks. Pajuoja 2002).

Edellä mainitut esimerkit kuvaavat sitä, että terveydenhuollossa on väyliä avata ”mahdollisuuksien ikkunoita” (Kingdon 1995), joilla eri väestöryhmien ja erityisesti heikoimpien ryhmien terveyttä voidaan terveydenhuollon keinoin pyrkiä kohentamaan.<sup>1</sup> Jos terveyshallinnossa ja terveydenhuollossa ei huolehdi siitä, että oikeudenmukaisuustavoite toteutuu sen omalla sektorilla, voi ajatella olevan pulmallista, jopa kohtuutonta esittää vaateita muille hallinnonaloille. Ter-

veyshallinnon ja terveydenhuollon tehtävänä on itse toimia terveyden asianajajana (ks. McKee 2002) omalla sektorillaan ja vaatia vasta sitten toimia muilta sektoreilta (ns. terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan osalta). Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ”mahdollisuuksien ikkunoita” ei voisi avata muihinkin suuntiin.

Terveyskasvatuksen vaikuttavuudesta erityisesti alempien sosiaaliryhmien osalta ei tunnu olevan näyttöä (Stronks 2002, 24). Silti saattaa olla arveluttavaa jättää tämä vaikutuskanava käyttämättä, varsinkin jos muut keinot eivät syystä tai toisesta ole mahdollisia. Suomesta tehtyjen katsausten mukaan terveydenedistämishjelmissä ei ole yleensä otettu huomioon terveyseroja (Kautto & Koskinen 1998; Prättälä & al. 1999) eikä liioin tietoisesti pohdittu, tarvitaanko erilaisia keinoja eri väestöryhmien tarpeisiin. Kokeilemisen arvoisia saattaisivat olla esimerkiksi nikotiinilaastareiden subventoitu käyttöönotto ja käyttöön rohkaiseminen terveydenhuollon vastaanotolla (ks. Independent Inquiry ..., 1998). Tämä keino voisi olla askel parempaan ja kokeilemisen arvoinen, koska Suomessa tupakoinnin sosioekonomisella vaihtelulla on suuri merkitys terveyserojen kannalta (Lahelma & al. 1994; Martikainen & al. 2001). Myös alkoholilla on suuri merkitys terveyserojen selittäjänä. Alkoholien osalta erilaisten operatiivisen tason toimien merkitys kunnissa lisääntyy, kun tuontirajoitusten purkaminen vuonna 2004 todennäköisesti lisää alkoholin kulutusta samalla, kun haitat korostuvat erityisesti heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevilla (ks. Mä-

kelä & al. 2002). Mini-interventiotoinnin tehostaminen terveydenhuollossa on yksi varhaisen puuttumisen keino (vrt. Sihto & Tuovinen 2002). Perinteistä terveyskasvatusta tulisi täydentää keinoilla, jotka edesauttavat terveellisiä valintoja (esim. Robertson & al. 1999; Benzeval & al. 1995).

## Keinovalikoiman laajentaminen rakenteelliseen terveys- ja sosiaalipolitiikkaan

Edellä mainituissa ohjelmissa toimenpide-ehdotukset kohdistuvat palvelujärjestelmän toiminnan kehittämiseen. Sandra Carlslile (2001, taulukko 1) on analysoinut terveyseroja koskevia puhetapoja ja erottanut kolmentyyppisiä tapoja puuttua ja vaikuttaa terveyseroihin. Näitä ovat resurssija uudelleen jakava taso, sosiaalisen integraation taso ja moraalisen alaluokan taso. Näissä erilaisissa puhetavoissa ongelman lähde, syymekanismi, selittävä taso, ongelman ratkaisu ja toiminnan taso vaihtelevat. Suomen ohjelmien tavoitteita ja ”virallista” ymmärrystä terveyserojen syistä ja ratkaisutavoista voisi luonnehtia sosiaalisen integraation ja moraalisen alaluokan mukaisiksi puhetavoiksi, joissa ongelmaksi nähdään alempien sosiaaliryhmien pulmat ja polarisaatio muihin ryhmiin nähden.

Kolmas, sosioekonominen taso, jota Carlslile nimittää uudelleenjakodiskurssiksi, puuttuu suomalaisista terveyspoliittisista ohjelmista. Uudelleenjakodiskurssin mukainen suuntaus merkitsisi terveyseroja vähentävän politiikan sosiaalipoliittisoinnista (ks. myös Lehto 2002). Keskiössä olisi huomion kiinnittäminen väestön elinoloihin ja hyvinvointiin ja terveyden jakautumiseen väestön eri ryhmien kannalta. Brittiläisessä ns. Achesonin työryhmän raportissa (ks. myös Sihto & Keskimäki 1999) ehdotetaan, että kaikkia politiikkoja, joilla on suora tai epäsuora vaikutus terveyteen, tulisi arvioida myös terveyserojen kannalta. Yhtä lailla tarpeen on seurata hyvinvoinnin jakautumista myös terveyden kannalta. Tämän tason huomioon ottaminen nostaisi terveyserojen kaventamiskeinoista käytävän keskustelun kokonaan uudelle, strategis-normatiiviselle tasolle pelkkien hoidollis-kasvatuksellisten keinojen sijaan. Terveyseroista tulisi yhteiskunnallinen ja poliittinen kysymys, jota se tosiasiaa onkin.

Tätä taustaa vasten olisi Suomessa erityisen ajankohtaista puuttua lapsiperheiden köyhtymi-

<sup>1</sup> Vaikka terveyseroihin erityisesti palveluiden osalta on Suomessa kiinnitetty huomiota ainakin 1960-luvulta lähtien, vaikuttaa siltä, että terveydenhuollossa (erityisesti palveluista vastaavissa järjestelmissä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä) tavoite ei ole ”mennyt läpi”. Esim. vuonna 1999 eduskunnassa järjestetyssä seminaarissa eräs terveydenhuoltoalan koulutuksen saanut kansanedustaja yllättyi tutkimustiedosta, jonka mukaan paremmassa sosiaalisessa asemassa olevia sydäninfarktipotilaita hoidettiin useammin liuotushoidolla kuin alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia potilaita. Myös joissakin sairaanhoitopiirien seminaareissa on hämmästelyä tutkimustuloksia, joissa on dokumentoitu hoitotoimenpiteiden ei-tarpeenmukaista kohdentumista. Tietämyksen välittäminen näyttää myös STM:n taholta olevan vajavaista, esim. uusimmassa terveydenhuoltoa koskevassa asiakirjassa (STM 2002) ei esitetä kovin konkreettisia välineitä vaikuttaa terveydenhuollon osalta terveyseroihin eikä myöskään käytetä mahdollisuutta esitellä tutkimustietoa, jota on esim. erikoissairaanhoidon osalta saatavissa, ja nostaa täten terveydenhuollossa tietoisuutta ongelmasta.

*Taulukko 1. Ongelmia, syitä, ratkaisuja ja toimintaa*

Diskurssitaso	Ongelman syy	Selittävä taso	Kausaali-mekanismi	Ratkaisu	Toiminnan taso
Uudelleen-jakaminen	Resurssien keskittyminen ylemmille sosio-ekonomisille ryhmille	Sosiaalinen rakenne	Epäoikeudenmukainen resurssien jakaminen	Köyhyyden lievitäminen jakamalla uudelleen resursseja alaspäin	Sosioekonominen politiikka
Sosiaalinen integraatio	Sosioekonomisten ryhmien polarisaatio	Vuorovaikutus yksilön ja sosiaalisen rakenteen välillä	Suhteellinen epätasa-arvo ja sosiaalipaine haavoittuvilla ryhmillä	Vähentää eroa ja lisää integraatiota	Yhteisö
Moraalinen alaluokka	Alemmat sosio-ekonomiset ryhmät	Yksilöllinen kokemus ja toiminta	Kaventaa resurssimarginaalia	Auttaa köyhiä ihmisiä kehittämään selviytymismekanismeja	Yksilö

seen (ks. Sauli & al. 2003) pitkän tähtäyksen keinona vähentää terveyseroja ja sosiaalista syrjäytymistä. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa lapsiköyhyyden vähentäminen vero- ja etuusjärjestelmiä kehittämällä on nähty tärkeänä keinona murtaa terveyserojen kehää (HM Treasury & Department of Health, 2002).

Jos terveyspolitiikan (eikä vain sosiaalipolitiikan tehtäväksi) nähdään kaikkein heikoimmassa asemassa olevien terveyden kohentaminen, kuten terveyspoliittisissa ohjelmissa ilmaistaan, niin kohderyhmiä ovat ainakin vangit (ks. Pajuoja 2002; Joukamaa 1991), 10 000 asunnotonta (ks. Kärkkäinen 2003)<sup>2</sup> ja pitkäaikaistyöttömät (Kivelä & al. 2000; Kortteinen & Tuomikoski 1998.). Keinovalikoima lähtee tällöin myös sosiaalipolitiikasta ja painottaa muitakin kuin operatiivisen tason (esim. terveyskasvatukseen ohjaamisen) toimia.

## Miten lähestyä kohdeväestöä?

Terveyspoliittisessa keskustelussa tavallista on nostaa esille lääketieteellisesti määritelty käsite ”riskiryhmä”, johon terveyserojen kaventamistoimet tulisi kohdentaa (STM 1996). Tällöin huonon terveyden syyt nähdään vain yksilöiden käyttäytymisen tasolla ja terveyserojen kohdeväestö ym-

märretään vain vähiten terveiden ryhmäksi. Terveyspoliittisissa ohjelmateksteissä saatetaankin puhua kaikkein heikoimman terveyden omaavista ryhmistä (STM 1986; STM 1993) määrittelemättä tarkemmin, keistä tai mistä ryhmistä on kyse.

Terveyseroissa on kuitenkin kyse terveyden systemaattisesta vaihtelusta eri kerrostumien välillä eikä vain parhaan ja heikoimman terveyden omaavista ryhmistä. Tätä havainnollistaa hyvin ns. Whitehall-tutkimus Isosta-Britanniasta; sen mukaan terveyserot eivät koske vain ylintä ja alinta koulutustasoa, vaan näkyvät systemaattisina eroina koko asteikolla (Marmot & al. 1998).

Terveyserojen kannalta on tärkeää huomata, että keskittyminen vain heikoimman terveyden omaavien ryhmien tilanteen parantamiseen voi hyödyttää yksittäisiä ryhmiä tai ihmisiä, mutta ei vaikuta terveyserojen kaventamiseen koko väestön tasolla. Tämän lähestymistavan ongelmaa kuvaa hyvin Geoffrey Rosen (1985) preventioparadoksiksi nimeämä tilanne, jossa keskittyminen ns. riskiryhmiin hyödyttää yksilöitä, mutta ei edistä väestön terveyden parantamista yleensä. Rose esittääkin, että tarvitaan väestöstrategia, jossa pyritään laajasti vaikuttamaan terveyttä määrittäviin tekijöihin ja vähentämään riskitekijöiden tasoa yleensä. Vaikka Rose ei viittaa terveyseroihin, vastaava paradoksi sopii niihin. Rosen väestöstrategian voi tulkita olevan luonteeltaan universalistinen, ei selektiivinen, millainen taas riskiryhmästrategia on.

Universaalin pohjoismaisen sosiaali- ja terveyspolitiikkastrategian on arvioitu olevan ideaali vä-

<sup>2</sup>Isossa-Britanniassa asunnottoman kadulla asuvan henkilön keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on 42 vuotta.

estön terveyden ja sen tasaisen jakautumisen kannalta. Esimerkiksi Dennis Raphaelin (2003) mukaan hyvinvointivaltio on väestön terveyden avainmäärittäjä. Terveyseroja ei kuitenkaan ole Pohjoismaissa kyetty kovin hyvin vähentämään. Pohjoismaissa sairastavuuserot eivät ole kaventuneet, vaan ne ovat säilyneet ennallaan 1990-luvun lopulla (Lahelma & al. 2002). Suomessa kuolleisuuserot ovat verrattain suuret muihin Pohjoismaihin verrattuna (Mackenbach & al. 1997).

Universaali sosiaali- ja terveyspolitiikkamalli ei siis automaattisesti pysty tasamaan eroja terveydessä. Universalismia on kritisoitu siitä, että se vastaa epätasaisiin tarpeisiin samalla tavalla (Pratt 1997) eikä siksi kykene vastaamaan väestön tarpeisiin, vaan marginalisoi jo ennestään marginaalisia ihmisiä. Kriitikissä myös katsotaan, että keskiluokka hyötyy eniten hyvinvointivaltiossa ja että Matteus-efektin mukaan keskiluokan intressit välittyvät politiikkaprosessiin parhaiten ja heikoimmassa asemassa olevat häviävät eniten (Powell 1995; Gal 1998).

Sosiaalipoliitikko Richard Titmuss (1976) katsoo, että universaaleja palveluita tulisi tukea muilla sosiaalisen avun muodoilla, koska joidenkin väestöryhmien tarpeen tyydyttäminen vaatii erityistä huomiota. Tästä voi olla esimerkkinä vaikkapa äitiys- ja lastenneuvoloiden toiminta, jossa ongelmallisten asioiden käsittelyyn varataan enemmän aikaa asiakkaille, joilla on siihen enemmän tarvetta. Titmuss kutsuu tätä positiiviseksi diskriminaatioksi, mutta erottaa sen tiukasti negatiivisesta selektivismistä, joka puolestaan lähenee marginaalista sosiaalipoliittikkaa. Positiivinen selektivismi pyrkii ottamaan huomioon eri ihmisten ja ryhmien erilaisuuden. Lähestymistapa on kohdenettua, mutta ei-stigmatisoivaa.

Universalismin kritiikissä ei välttämättä haluta tyrmätä universaalia hyvinvointimallia sellaisenaan vaan kiinnittää huomiota sen heikkouksiin. Aina-kin terveyspalvelujärjestelmän osalta tämä lähestymistapa edellyttäisi ensinnäkin sen pohtimista, miten on mahdollista, että suomalainen tasavertaisen hoitoon pääsyn periaate (equity in access to care) tuottaa epätasa-arvoisen lopputuloksen (inequity in outcome). Juuri terveyserojen vähentämisen kannalta on selkeää näyttöä siitä, että väestöryhmien terveystarpeet eivät syystä tai toisesta toteudu tasavertaisesti, vaan ns. keskiluokka näyttää hyötävän eniten esimerkiksi erikoissairaanhoidon operatiivisista terveyspalveluista.

## Lopuksi: politiikka ja tutkimus

Terveyserojen kaventaminen on vaativa tehtävä, eikä näköpiirissä ole yksiselitteisiä eikä varsinkaan suoraan näyttöön perustuvia keinoja terveyserojen vähentämiseksi. On kuitenkin mahdollista väittää, ettei Suomen terveyspolitiikassa ole riittävän huolellisesti pureuduttu terveyserojen vähentämiseen eikä toimenpiteitä muotoiltaessa ole käytetty hyväksi niitä mahdollisuuksia, joita taloudellisten ja poliittisten realiteettien rajoissa voisi aueta.

Miksi näin on? Saattaa olla, että hyvinvointiyhteiskunnalla yleensäkin on rajalliset mahdollisuudet saada aikaan muutoksia ja ratkaista sosiaalisia ongelmia (ks. Rothstein 1994). Toisaalta saattaa olla niin, ettei terveyserojen kaventaminen nyky-Suomessa edes ole legitiimi tavoite; poliittinen ilmapiiri Suomessa ei näytä suosivan solidaarisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen perustuvia arvoja.

Mutta jos lähdetään siitä, että terveyserojen kaventamistavoite on realistinen ja että se edelleen otetaan vakavasti, syitä tavoitteen toteutumattomuuteen voi hakea toisaalta poliittisen koneiston ja toisaalta tutkimuksen tasolta.

Voidaan kysyä, onko poliittinen taso terveyspoliittisia tavoitteita muotoillessaan käyttänyt hyväksi sitä vähäistäkään kansainvälistä ja kotimaista tutkimustietoa terveyserojen kaventamismahdollisuuksista ja valistuneita arvioita siitä, mitkä keinot eivät ainakaan edistä erojen vähentämistä (vrt. Sihto & Keskimäki 2000). Vaikka erojen vähentämistavoite on kirjattu lukuisiin hallinnollisiin asiakirjoihin, sen toteuttamisen strategioita on pohdittu – erityisesti terveyshallinnon sisällä – hämmästyttävän vähän verrattuna muihin Länsi-Euroopan maihin, kuten Hollantiin, Ruotsiin tai Isoon-Britanniaan. Päättäjien tasolla vallalla näyttää olevan käsitys, että tutkijoiden tulisi ratkaista poliittis-hallinnollisen koneiston tavoite-keino-ongelmia ja esittää ratkaisuja, miten terveyseroja voidaan kaventaa.

Kun tutkimuskiinnostus ei ole kuitenkaan suuntautunut siihen, millä keinoin eroja voidaan käytännön terveyspolitiikassa vähentää, tästä on seurannut, että terveyserojen kaventaminen ei tunnu olevan kenenkään vastuulla. Tarvittaisiin siis sekä parempaa täsmätutkimusta että tutkimusta paremmin hyödyntämään kykenevää hallintoa.

Millaisesta tutkimuksesta siis on puute? Karien Stronks (2002) esittää, että tarvitaan kolmenlais-

ta näyttöä terveyseroista ja niihin vaikuttamisesta. Stronksin (2002; ks. myös Mackenbach & al. 2002) mallin mukaan *ensimmäiseksi* tarvitaan näyttöä (evidence) sosioekonomisten terveyserojen taustalla olevista tekijöistä, joiden avulla on ainakin potentiaalisesti mahdollista vaikuttaa terveyseroihin. *Toiseksi* tarvitaan tietoa interventioiden tehokkuudesta. *Kolmanneksi* tulisi kysyä, so- piiko valittu interventio olemassa olevaan politiikkaan, eli onko se poliittisesti mahdollinen.

Kun sosioekonominen asema vaikuttaa terveyteen spesifisten riskitekijöiden kautta, niin erityisesti alemmilla sosiaaliryhmillä on muita ryhmiä yleisemmin terveyden kannalta haitallista ja harvemmin terveyttä edistävää käyttäytymistä kuin muilla ryhmillä. Tämän lisäksi eroja voidaan selittää terveyden vaikutuksella sosioekonomiseen asemaan, esim. sillä, että työtulot vähenevät työstä johtuvasta vammasta. Kyse on ns. sosiaalisesta selektiosta. Stronksin mukaan ensimmäinen perustava valinta olisi vähentää eroja epäoikeudenmukaisessa tulonjaossa ja koulutuksessa. Toinen olisi pyrkimys vaikuttaa spesifiisiin riskitekijöihin, kuten tupakointiin ja työolosuhteisiin, ja kolmanneksi tulisi kompensoida heikon terveyden tilan vaikutusta sosioekonomiseen asemaan. Esimerkiksi silloin, kun ihminen sairastuu, tarvitaan terveydenhuollon erityispalveluita tai erityyppistä terveydenhuoltoa, joka voisi vastata juuri heikoimmassa asemassa olevan tarpeisiin. (Stronks 2002.)

Stronksin mallissa toimenpiteet tulisi kohdentaa eri tason tekijöihin: sekä vastavirtaan (upstream) eli terveyserojen syihin suuntautuviin (esim. epäoikeudenmukaisen tulonjaon vähentäminen) että myötävirtaan (downstream) suuntautuviin toimiin (esim. tupakoinnin vähentäminen alemmissa sosiaaliryhmissä). Suomen terveyspoliittisissa ohjelmissa painopisteenä on ollut myötävirtaan suuntautuva lähestymistapa. Terveyserojen kaventamiskeinoiksi on nähty yleensä terveyspalvelujärjestelmä ja terveyskasvatus.

Terveyserojen kaventamisessa ei siis riitä pelkkä

tavoitteiden ja keinojen esittäminen, vaan olen- naista on, miten ne toimivat käytännössä. Miten voidaan tavoittaa eri sosiaalisia ryhmiä eri tarpeineen, kun järjestelmässä on yleensä totuttu tarjoamaan vain yhdenmukaisia standardisoituja ratkaisuja, jolloin tarveperusteisuus saattaa unohtua (Rothstein 1998, 26). Usein on ajateltu myös samojen keinojen pätevän eri väestöryhmissä (Dahlgren & Whitehead 1992, 34). Suomalaisessa terveyspoliittisessa toimintaympäristössä näyttää olleen vaikeaa sovittaa yhteen väestön terveydentilan yleistä parantamista ja terveyserojen vähentämistä.

Useimmista terveyden edistämisen ohjelmista jakautumatavoite puuttuu. Tämä tavoite näyttää edelleen myös puuttuvan maailmanlaajuisesta terveyden edistämisen ja ns. uuden kansanterveyden lähestymistavasta (ks. Kickbusch 2003), kuten se puuttui Ottawan julistuksestakin. Voi pohtia, onko tämä ”liike” itse asiassa edelleen myötävaikuttamassa siihen, että kuilu terveydessä eri ryhmien välillä kasvaa. Näin voi tapahtua, jos ei havahduta siihen, että terveys kohenee kyllä, mutta ei kaikilla. Terveyden edistämisessä tulisi huolehtia eri sosiaalisten ryhmien ja erityisesti heikoimpien terveystarpeisiin vastaamisesta.

Suomessa kahden tavoitteen, taso- ja jakautumatavoitteen, välinen jännite näytetään usein ratkaistavan siten, että terveyspolitiikan toimia ei arvioida suhteessa terveyseroihin. Tavoitteena pitäisi kuitenkin olla, että terveyden jakautumatavoiteisiin kiinnitettäisiin huomiota siinä missä taseoonkin. Tavoitteen pitäisi olla osa terveyspolitiikan ydinaktiviteetteja, jos terveyseroja halutaan vähentää. Terveysvaikutusten arvioinnissa tulisi arvioida jonkin politiikan, projektin tai ohjelman vaikutusta myös terveyden jakautumiseen.

Ajankohtainen haaste edelleen on ratkaista, mille tai keille vastuu terveyserojen kaventamisesta kuuluu. Päävastuun täytyy olla poliittisella koneistolla, mutta tehtävän jäsentäminen ja selkeyttäminen vaatisivat tutkimukselta uudenlaista panosta – ja siksi myös panostusta tutkimukseen.

## KIRJALLISUUS

BAUM, FRANCES & SANDERS, DAVID: Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? Health Promotion International 10 (1995): 2, 149–160

BENZEVAL, MICHAELA & JUDGE, KEN & WHITEHEAD, MARGARET (eds.): Tackling inequalities in health. An agenda for action. London: King's Fund, 1995  
CARSLILE, SANDRA: Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. Critical Public Health 11 (2001): 3, 267–281



- DAHLGREN, GÖRAN & WHITEHEAD, MARGARET: Terveystieteen oikeudenmukaisuus – toimintapolitiikka ja strategia. Sosiaali- ja terveystieteiden keskusjulkaisu, 1992
- DIDERICHSEN, FINN: Policies for health equity: An ethical and epidemiological framework and targets for a new national health policy in Sweden. P. 57–62. In: Oliver, Adam (ed.): Health care priority setting, implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the health equity network. London: The Nuffield Trust, 2003
- EVANS, ROBERT: Interpreting and addressing inequalities in health: from Black to Acheson to Blair to...? London: Office of Health Economics (OHE), 2003
- EXWORTHY, MARK: The 'second Black report'? The Acheson report as another opportunity to tackle health inequalities. P. 175–197. In: Berridge, Virginia & Blume, Stuart (eds.): Poor health. Social inequality before and after the Black report. London: Frank Cass, 2003
- EXWORTHY, MARK & STUART, MARIAN & BLANE, DAVID & MARMOT, MICHAEL: Tackling health inequalities since the Acheson inquiry. London: The Policy Press, University College, 2003
- FORSSAS, ERJA & KESKIMÄKI, ILMO & KOSKINEN, SEPPO, & LAHELMA, EERO & MANDERBACKA, KRISTINA & SIHTO, MARITA & VALKONEN, TAPANI: Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen suistaminen – bibliografia suomalaisista tutkimuksista. Aiheita 40/1999. Helsinki: Stakes, 1999
- GAL, JOHN: Formulating the Matthew principle: on the role of the middle classes in the welfare state. Scandinavian Journal of Social Welfare 7 (1998), 42–55
- GRAHAM, HILARY: Building an interdisciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. Social Science & Medicine 55 (2002), 2005–2016
- HETEMAA, TIINA & KESKIMÄKI, ILMO & MANDERBACKA, KRISTINA & LEYLAND, ALISTAIR & KOSKINEN, SEPPO: How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socioeconomic and gender equity in their use? Journal of Epidemiology and Community Health 57 (2003), 178–185
- HM TREASURY & DEPARTMENT OF HEALTH. Tackling Health Inequalities. Summary of the cross-cutting review. London 2002
- HÄKKINEN, UNTO: Onko Suomen terveydenhuolto kriisissä? Talous ja yhteiskunta 31 (2003): 1, 31–36
- INDEPENDENT INQUIRY INTO INEQUALITIES IN HEALTH. London: The Stationery Office, 1998
- JOUKAMAA, MATTI: Suomalaisen väestön terveys. Kansanterveystieteen julkaisuja M 107. Turku: Turun yliopisto, 1991
- KAUTTO, MIKKO & KOSKINEN, SEPPO: Yhteenvetoa ohjelma-analyseista. Julkaisematon käsikirjoitus 1998
- KESKIMÄKI, ILMO: How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socioeconomic equity in the use of hospital care? Social Science & Medicine 56 (2003), 1517–1530
- KESKIMÄKI, ILMO & KOSKINEN, SEPPO & TEPERI, JUHA: Terveyspalvelujärjestelmän mahdollisuudet kaikkien terveyseroja. S. 281–299. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Lahelma, E. & Manderbacka, K. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- KICKBUSCH, ILONA: The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. American Journal of Public Health 93 (2003): 3, 383–388
- KINGDON, JOHN: Agendas, alternatives, and public policies. Second Edition. New York: Harper Collins College Publishers, 1995
- KIVELÄ, KATRIINA & LAHELMA, EERO & VALKONEN, TAPANI: Health of the disadvantaged groups in Finland. Themes 3/2000. Helsinki: Stakes, 2000
- KORTTEINEN, MATTI & TUOMIKOSKI, HANNU: Työtön. Helsinki: Hanki ja Jää, 1998
- KÄRKKÄINEN, Sirkka-Liisa: Asunnottomuus hyvinvointivaltiossa. S. 372–391. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2002. Jyväskylä: Stakes, 2002
- LAHELMA, EERO & BERG, ANNA-MARI & HELAKORPI, SATU & PRÄTTÄLÄ, RITVA & RAHKONEN, OSSI & PUSKA, PEKKA: Suomalaisen aikuisen koettu terveydentila ja terveyskäyttäytyminen 1978–93. Suomen Lääkärilehti 49 (1994): 22–23, 2213–2227
- LAHELMA, EERO & KOSKINEN, SEPPO: Suomalaisen suurten sosioekonomisten terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Lahelma, E. & Manderbacka, K. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- LEHTINEN, VILLE & TAIPALE, VAPPU: Mielenterveyspalvelut. S. 99–119. Teoksessa: Uusitalo, H. & Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Raportteja 250. Helsinki: Stakes, 2000
- LEHTO, JUHANI: Tavoittamaton terveyden tasa-arvo. Dialogi 12 (2002): 6, 12–13
- LEPPÖ, KIMMO: Health for All policy in a pilot country: The case of Finland. P. 70–82. In: Harrington, Patsy & Ritsatakis, Anna (eds.): European health policy conference: Opportunities for the future. Vol. III. Copenhagen: WHO European Office, 1995
- MACKENBACH, JOHAN & KUNST, ANTON & CAELLAARS, ADRIENNE & GROENHOF, FEIKJE & GEURTS, JOSE & EU working group on Socio-economic Inequalities in Health 1997: Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. Lancet 349 (1997): 9066, 1655–1659
- MACKENBACH, JOHAN & BAKKER, MARTIJNTJE & SIHTO, MARITA & DIDERICHSEN, FINN: Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. P. 25–29. In: Mackenbach, Johan & Bakker, Martijntje (eds.): Reducing inequalities in health. A European perspective. London: Routledge, 2002

- MANDERBACKA, KRISTINA & FORSSAS, ERJA & KESKIMÄKI, ILMO & KOSKINEN, SEPPO & LAHELMA, EERO & PRÄTTÄLÄ, RITVA & SIHTO, MARITA: Sosioekonomisten terveyserojen supistaminen – suomalaisen tutkimuksen painopistealueet 1970–1998. Aiheita 9/2000. Helsinki: Stakes, 2000
- MARMOT, MICHAEL & FURER, REBECCA & ETTNER, SUSAN & MARKS, NADINE & BUMPASS, LARRY & RYFF, CAROL: Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *The Milbank Quarterly* 76 (1998): 3, 403–448
- MARTIKAINEN, PEKKA & LAHELMA, EERO & RIPATTI, SAMULI & ALBANES, DEMETRIUS & VIRTAMO, JARMO: Educational differences in lung cancer mortality in male smokers. *International Journal of Epidemiology* 30 (2001): 2, 264–267
- MCKEE, MARTIN: What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health* 30 (2002): Suppl. 59, 54–58
- MÄKELÄ, PIA & HOLMILA, MARJA & KAUKONEN, OLA-VI: Päihheet ja päihdepolitiikka. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Lahelma, E. & Manderbacka, K. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- NIEMELÄ, JUTTA: Terveydenhuollon asiaskasmaksut – mistä tosiasiaa on kyse? Selvityksiä 1999: 2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999
- OECD HEALTH DATA 2000. Comparative analysis of 29 countries. Version 07/15. Paris: Organisation of Economic Development, 2000
- PAJUOJA, JUSSI: Vankien terveyden- ja päihdehuollon järjestäminen. S. 159–168. Teoksessa: Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Lahelma, E. & Manderbacka, K. & Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.): Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 2002
- POWELL, MARTIN: The strategy of equality revisited. *Journal of Social Policy* 24 (1995): 2, 163–185
- PRATT, ALAN: Universalism or selectivism? The provision of services in the modern welfare states. P. 196–214. In: Lavalette, Michael & Pratt, Alan (eds.): Social policy, a conceptual and theoretical introduction. London: Sage Publications, 1997
- PRÄTTÄLÄ, RITVA & FORSSAS, ERJA & KOSKINEN, SEPPO & SIHTO, MARITA: Eriarvoisuus ja terveyden edistäminen – suomalaisten terveyskäyttäytymisinterventtioiden arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36 (1999): 3, 296–300
- RAHKONEN, OSSI & ARBER, SARAH & LAHELMA, EERO & MARTIKAINEN, PEKKA & SILVENTOINEN, KARRI: Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. *International Journal of Health Services* 30 (2000), 27–47
- RAPHAEL, DENNIS: The politics of population health: Why the welfare state is the key social determinant of health. Paper presented at the researchers' meeting of the Canadian Labour Congress, Ottawa, Canada, March 6, 2003
- ROBERTSON, AILEEN & BRUNNER, ERIC & SHEIHAM, AUBREY: Food is a political issue. P. 179–210. In: Marmot, M. & Wilkinson, R. (eds.): Social determinants of health, Oxford: Oxford University Press, 1999
- ROSE, GEOFFREY: Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14 (1985): 1, 32–38
- ROTHSTEIN, BO: Vad bör staten göra. Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. SNS Förlag, WSOY, Finland 1994
- ROTHSTEIN, BO: Just institutions matter. The moral and political logic of the universal welfare state. Cambridge: Cambridge University Press, 1998
- SAULI, HANNELE & BARDY, MARJATTA & SALMI, MINNA: Elinolojen koventuminen pikkulapsiperheissä. P. 32–61. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Jyväskylä: Stakes, 2002
- SIHTO, MARITA & KESKIMÄKI, ILMO: Tony Blairin hallituksen uudet reseptit terveyserojen kaventamiseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 64 (1999): 3, 281–284
- SIHTO, MARITA & KESKIMÄKI, ILMO: Does a policy matter? Assessing the Finnish health policy in relation to its equity goals. *Critical Public Health* 10 (2000): 2, 273–286
- SIHTO, MARITA & TUOVINEN, EEEVA LIISA: Terveyskeskuslääkärien ja potilaiden käsityksiä mini-interventiosta. S. 167–175. Teoksessa: Holmila, Marja (toim.): Asuinalue ja päihheet. Tutkimuksia 122. Helsinki: Stakes, 2002
- SOHLMAN, BRITTA: Taloudellinen turvallisuus edistää mielenterveyttä. *Dialogi* 12 (2002): 6, 20
- SOHLMAN, BRITTA & LEHTINEN, VILLE: Mielisairaalaasta poistettujen potilaiden kuolleisuus. *Duodecim* 113 (1997), 1535–1542
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (STM): Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki 1986
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (STM): Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Helsinki 1993
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (STM): Terveyden edistäminen kunnassa. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -kuntaohjelma – päätelmät ja suositukset. Helsinki 1996
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (STM): Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki 2001
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ (STM): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 3/ 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002
- STRONKS, KARIEN: Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health* 30 (2002): Suppl. 59, 20–25
- TITMUS, RICHARD: A commitment to welfare. London: Allen and Unwin, 1976



- VALKONEN, TAPANI & MARTELIN, TUIJA: Social inequality in the face of death – linked registers in mortality research. In: Alho, J. (ed.): Statistics, registers, science. Helsinki: Statistics Finland, 1999
- VALKONEN, TAPANI & AHONEN, HILKKA & MARTIKAINEN, PEKKA: Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2/2003, 12–18
- VAN DE WATER, HARRY & VAN HERTEN, LOES: Bull's eye or Achilles' heel. WHO's European Health for All targets evaluated in the Netherlands. Leiden: TNO, 1996
- WHITEHEAD, MARGARET & SCOTT-SAMUEL, ALEX & DAHLGREN, GÖRAN: Setting targets to address inequalities in health. *Lancet* 351 (1998), 1279–1282
- WHITEHEAD, MARGARET & DAHLGREN, GÖRAN & GILSON, LUCY: Developing the policy response to inequities in health: A global perspective. P. 308–323. In: Evans, T. & Whitehead, M. & Diderichsen, F. & Bhuiya, A. & Wirth, M. (eds.): *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New York: Oxford University Press, 2001
- YHTEISKUNTAPOLITIIKAN TAVOITTEITA JA NIIDEN MITTAAAMISTA TUTKIVA JAOSTO. Terveyspolitiikan tavoitteita tutkivan työryhmän raportti. Helsinki: Talousneuvosto, 1972.